

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN *POST PARTUM* NORMAL HARI KETIGA  
PADA NY.I.F DENGAN G<sub>2</sub>P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> DIWILAYAH KERJA PUSKESMAS  
BAKUNASE KOTA KUPANG**



**OLEH:**

**YUSTI MARLIYANI LENGGU**

**NIM. PO. 530320116379**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI D III KEPERAWATAN KUPANG**

**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. I.F. DENGAN *POST PARTUM*  
NORMAL HARI KETIGA DENGAN G<sub>2</sub>P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> DI WILAYAH KERJA  
PUSKESMAS BAKUNASE KOTA KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Menyelesaikan Studi Pada Program Studi Diploma III Keperawatan  
Dan Mendapatkan Gelar Ahli Madya Keperawatan**



**OLEH:**

**YUSTI MARLIYANI LENGGU**

**NIM. PO. 530320116379**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI D III KEPERAWATAN KUPANG**

**2019**

#### PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yusti Marllyani Lenggu

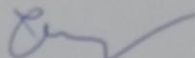
NIM : PG.530320116379

Program Studi : D III Keperawatan

Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat buktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui  
Dosen Pembimbing



Dr. Ina Debora Ratu Ludji, S.Kp., M.Kes  
NIP. 19680618199002001

Pembuat Pernyataan



Yusti Marllyani Lenggu  
NIM. PG. 53032011637



## LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Yusti Marliyani Lenggu PO.530320116379 dengan judul Asuhan Keperawatan *Post Partum* normal pada Ny. I.F. dengan G2P2A0AH2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Bakunase Kota Kupang Telah Diperiksa Dan Disetujui Untuk Diujikan.

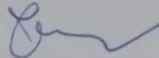
Disusun Oleh:



Yusti M. Lenggu  
NIM. PO. 530320116379

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Di Depan Penguji Prodi D III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Pada Tanggal 10 Juni 2019

Mengetahui Pembimbing



Dr. Ina Debora Ratu Ludji, S.Kp., M.Kes.  
NIP. 196806181990032001

**LEMBAR PENGESAHAN**

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN *POST PARTUM* NORMAL PADA NY. I.F.  
DENGAN G2P2A0 AH2 DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
BAKUNASE KOTA KUPANG

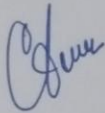
Disusun Oleh:

Yusti Marliyani Lenggu  
NIM. PO. 530320116379

Telah Diuji Tanggal 10 Juni 2019

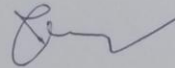
Dewan Penguji

Penguji I



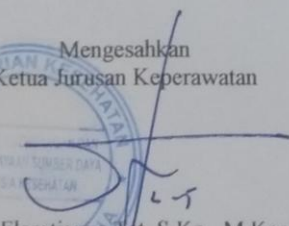
Agustina Ina, S.Kep., M.Kes  
NIP.197408041998032001

Penguji II

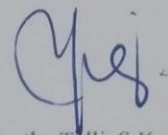


Dr. Ina Debora Ratu Ludji, S.Kp., M.Kes  
NIP.196806181990032001

Mengesahkan  
Ketua Jurusan Keperawatan

  
Dr. Floretianus Tat, S.Kp., M.Kes  
NIP.196911281993031005

Mengetahui  
Ketua Prodi D-III Keperawatan

  
Margaretha Telli, S.Kep.Ns., MSc-PH  
NIP.19770727200003202

## BIODATA PENULIS

Nama : Yusti Marliyani Lenggu  
Tempat Tanggal Lahir : Kalabahi, 26 Agustus 1984  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Jln Dahlia Kelurahan Bakunase Kecamatan Kota Raja  
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat TK St Yosep Kalabahi tahun 1989  
2. Tamat SD Inpres Bungawaru Kalabahi tahun 1996  
3. Tamat SMP Negeri 1 Kalabahi tahun 1999  
4. Tamat SPK Atambua tahun 2002  
5. Sejak tahun 2016 kuliah di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang

## Motto

Rahasia Kesuksesan Adalah Melakukan Hal Yang Biasa Secara Tidak Biasa

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Ny. I.F dengan *Post Partum* normal hari ketiga di Puskesmas Bakunase Kota Kupang dengan baik.

Penulis menyadari bahwa selama penulisan studi kasus ini, penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak lepas dari bantuan tenaga dan pikiran dan dukungan moril. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada ibu Dr. Ina Debora Ratu Ludji, S.Kp., M.Kes., selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan dengan segala totalitas menyumbangkan ide-idenya dengan mengoreksi, merevisi serta melengkapi dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah. Ucapan trimakasih sebesar-besarnya juga kepada Ibu Agustina Ina, S.Kep., M.kes., yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan laporan studi kasus ini. Penulis juga mengucapkan limpah trimakasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ini dengan baik, secara khusus kepada:

1. Ibu R.H.Kristina, SKM., M.Kes., selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang
2. Bapak Dr. Floretianus Tat, S.Kp., M.Kes., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan izin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan studi kasus ini
3. Seluruh Dosen Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang atas bimbingan selama perkuliahan dan semua karyawan yang telah banyak membantu selama kuliah
4. Dr. Ivon selaku kepala Puskesmas Bakunase yang telah menerima dan memberikan izin kepada penulis untuk melaksanakan studi kasus di wilayah kerja Puskesmas Bakunase.
5. Bagi kedua orang tua tercinta bapak Yusuf Lenggu dan mama Feronika Lenggu beserta adik Melita dan Sonia dan ketiga anakku tercinta



Yudrik, Wilma dan Adriel yang telah memberikan dukungan doa dan nasehat sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini.

6. Bagi sahabat dan teman-teman yang selalu kompak dalam memberikan dukungan, membantu dan memberi semangat bagi penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini.
7. Bagi teman-teman seperjuangan angkatan 25 Reguler A dan B, terkhususnya kelas karyawan yang telah memberikan semangat bagi penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan studi kasus ini.
8. Bagi semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan studi kasus ini masih sangat jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu segala pendapat, kritikan dan saran yang membangun sangat penulis harapkan agar dapat digunakan sebagai dasar dalam penyelesaian studi kasus selanjutnya.

Kupang, 10 Juni 2019

Penulis

## ABSTRAK

Politeknik Kesehatan Kupang  
Prodi Keperawatan Kupang  
Departemen Kesehatan RI  
Karya Tulis Ilmiah, Mei 2019

Yusti M. Lenggu, Ina Debora Ratu Ludji, Agustina Ina  
Asuhan Keperawatan *Post Partum* pada Ny.I.F dengan G<sub>2</sub>P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> di ruangan KIA,  
Puskesmas Bakunase, Kota Kupang  
Viii + 35 Halaman + 1 Tabel + 4 Lampiran

*Post partum* atau masa nifas disebut juga *Puerperium* yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata *Puer* yang berarti bayi dan *Parous* yang berarti melahirkan. Masa nifas didefinisikan sebagai periode selama dan tepat setelah kelahiran. Namun secara populer, diketahui istilah tersebut mencakup 6 minggu berikutnya saat terjadi involusi kehamilan normal

Tujuan penelitian: ini untuk mengetahui penerapan asuhan keperawatan pada ibu *Post Partum* normal. Jenis penelitian kualitatif dengan desainnya adalah studi kasus memberikan asuhan keperawatan pada ibu *post partum* dengan di ruangan KIA, Puskesmas Bakunase, kota Kupang.

Metode yang digunakan metode wawancara dengan pendekatan studi kasus, yang dilakukan di Puskesmas Bakunase, Kota Kupang. Lama penelitian 3 hari, waktu dimulai 27 Mei 2019 sampai tanggal 29 Juni 2019. Subjeck penelitian ibu *post partum* adalah Ny.I.F dengan teknik wawancara, observasi pemeriksaan fisik, penyuluhan kesehatan dan dokumentasi.

Hasil penelitian: didapatkan diagnosa nyeri berhubungan dengan insisi, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi, kelebihan volume cairan berhubungan dengan perubahan retensi natrium/air. Implementasi yang dilakukan mengajarkan teknik relaksasi dan memberikan penyuluhan tentang teknik menyusui yang baik dan benar, menganjurkan pasien untuk membatasi garam dalam makanan.

Kesimpulan: setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dan pasien juga sudah mengerti tentang teknik menyusui yang baik dan benar dan udem di kaki pasien sudah mulai berkurang.

Saran: pada pasien dan keluarga agar rutin melakukan pemeriksaan di fasilitas kesehatan dan jika ibu mengalami nyeri dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam dan selalu mengkonsumsi makanan yang bergizi

Kata Kunci : *Asuhan Keperawatan, Post Partum normal*  
Kepustakaan : 10 buah (1998 -2016)

## ABSTRACT

Health Polytechnic of Kupang  
Nursing Department of Kupang  
Health Department of Indonesia  
Paper, May 2019

Yusti M. Lenggu, Ina Debora RatuLudji, Agustina Ina

Post Partum Nursing Care Conducted on Ms. I.F with G<sub>2</sub>P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> in MCH Ward of Puskesmas Bakunase, Kota Kupang

Viii + 33 pages+ 1 table + 4 attachments.

Post partum or a period after the delivery which is also called Puerperium which is derived from the Latin Language - *Puer* which means baby and *Parous* which means giving birth. Postpartum period is defined as the period during and right after the delivery. However, the term is more well-known as a period which covers 6 weeks after the delivery when there is involution of a normal pregnancy. The purpose of this study was to determine the implementation of nursing care to the mother with normal postpartum. The type of qualitative research and its design was a case study through application of nursing care to post partum mother in the MCH Ward of Bakunase Health Center, Kupang City.

The method used was interview with a case study approach, which was conducted at the Bakunase Health Center, Kupang City. The duration of the study was 3 days, it started from May 27th, 2019 to June 29th, 2019. The subject of the research was the post partum mother - Ms.I.F. Informations were collected through interview, physical examination observation, counseling and documentation.

The results of the study, from the diagnosis it was found that the pain was associated with the incision, the deficiency of knowledge related to the lack of exposure to information, the excess volume of fluid was associated with changes in sodium/water retention. Intervention was made to teach relaxation techniques and providing counseling on the right breastfeeding techniques, and encouraging patients to limit salt in food.

Conclusion: after the implementation of nursing care for 3x24 hours the patient confessed that the pain had diminished and the patient also understood the correct breastfeeding techniques and the edema in the patient's feet reduced.

Suggestions: The patient and family were suggested to conduct examinations at health facilities regularly, and if mother had pain, she could practice deep breathing relaxation techniques and always consume nutritious foods.

Keywords: Nursing care, normal postpartum

Literature: 10 pieces (1998-2016)

## DAFTAR ISI

JUDUL	Halaman
Halaman judul .....	i
Lembar persetujuan .....	ii
Lembar penegasan penguji.....	iii
Lembar pernyataan keaslian.....	iv
Biodata penulis .....	v
kata Pengantar .....	vi
Abstrak .....	viii
Daftar isi.....	ix
Daftar lampiran .....	x
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan Studi Kasus .....	3
1.3 Manfaat Studi Kasus .....	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	4
2.1 Tinjauan Pustaka .....	4
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	14
2.2.1 Pengkajian .....	14
2.2.2 Diagnosa.....	17
2.2.3 Perencanaan.....	18
2.2.4 Pelaksanaan .....	20
2.2.5 Evaluasi .....	20
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN.....	21
3.1 Hasil studi kasus.....	21
3.1.1 Pengkajian .....	21
3.1.2 Diagnosa.....	23
3.1.3 Intervensi.....	23
3.1.4 Implementasi .....	26
3.1.4 Evaluasi .....	27

3.2 Pembahasan.....	27
3.2.1 Pengkajian.....	27
3.2.2 Diagnosa.....	29
3.2.3 Intervensi.....	30
3.2.4 Implementasi.....	30
3.2.4 Evaluasi.....	31
BAB 4 PENUTUP .....	32
4.1 Kesimpulan .....	32
4.2 Saran.....	33
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

## DAFTAR LAMPIRAN

Judul	Halaman
Lembar konsultasi .....	35
Format pengkajian .....	38
Satuan acara penyuluhan dan leaflet .....	41

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Post partum atau masa nifas disebut juga *Puerperium* yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata *Puer* yang berarti bayi dan *Parous* yang berarti melahirkan. Masa nifas didefinisikan sebagai periode selama dan tepat setelah kelahiran. Namun secara populer, diketahui istilah tersebut mencakup 6 minggu berikutnya saat terjadi *invulasi* kehamilan normal (Hughes, 1972 dalam Chunnigham, 2006). Post partum atau masa nifas adalah periode mulai dari 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan. Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya 3 (tiga) kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada 6 jam sampai dengan 3 hari pasca persalinan, pada hari ke-4 sampai dengan hari ke- 28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan (Ambarwati E,R,Diah,W,2010).

Perawatan *post partum* yang tidak sesuai dengan standar bisa menyebabkan komplikasi yang mengarah ke kematian ibu. Penyebab kematian ibu di Indonesia meliputi penyebab *obstetri* langsung yaitu perdarahan, *preeklamsi/eklamsi*, infeksi, dan penyebab tidak langsung yaitu trauma obstetri. Menurut *World Health Organization* (WHO) kematian ibu adalah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera (Profil Kesehatan Indonesia 2013).

Menurut laporan WHO tahun 2014 angka kematian ibu didunia yaitu 289.000 jiwa. Angka kematian ibu di Amerika Serikat yaitu 9.300 jiwa Afrika Utara 179.000 jiwa dan Asia Tenggara 16.000 jiwa. Berdasarkan survei demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI, 2014), angka kematian ibu di Indonesia se besar 214 per 100.000 kelahiran hidup (WHO, 2014). Angka Kematian Ibu (AKI) mengacu pada jumlah kematian ibu yang terkait dengan proses kehamilan,

persalinan dan nifas. AKI di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) pada periode 2004-2010 cenderung mengalami penurunan yang bermakna. Pada tahun 2004 AKI di NTT sebesar 554/100.000 kelahiran hidup (Surkesmas) dan menurun menjadi 306/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI, 2007). Namun berdasarkan hasil sensus penduduk.

tahun 2010 AKI meningkat menjadi 536/100.000 kelahiran hidup untuk mengatasi masalah ini maka provinsi NTT telah menginisiasi terobosan-terobosan dengan revolusi KIA dengan motto semua ibu melahirkan di fasilitas kesehatan yang memadai (SDKI,2007).

Laporan Profil Dinas kesehatan kabupaten atau kota seprovinsi NTT tahun 2015 menunjukkan bahwa konversi AKI per 100.000 kelahiran hidup selama periode 3 tahun (2013-2015) mengalami fluktuasi. Jumlah kasus kematian ibu pada tahun 2011 sebesar 208 atau 220/100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2012 menurun menjadi 192 atau 200/100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2013 menurun menjadi 176 atau 185,6/100.000 kelahiran hidup selanjutnya pada tahun 2014 menurun lagi menjadi 158 kasus atau 169/100.000 kelahiran hidup sedangkan pada tahun 2015 meningkat menjadi 178 kematian atau 133/100.000 kelahiran hidup.

Tingginya angka kematian ibu maka perlu adanya penanganan yang lebih baik lagi. Penanganan keperawatan berupa pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif pada ibu *post partum* atau masa nifas dimulai dari pengkajian sampai pada evaluasi. Pengkajian pada ibu *post partum* atau masa nifas merupakan salah satu tahapan dalam asuhan keperawatan pada ibu *post partum* normal ataupun komplikasi, tujuan dari pengkajian ini yaitu untuk mengetahui kesehatan ibu *post partum* apakah normal atau tidak normal. Pengkajian dimulai dari melakukan pemeriksaan *vital sign* (tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan), kepala dan wajah, dada, payudara, ekstremitas atas, abdomen, pengkajian *involutio uteri*, pengkajian diastasi *recti abdominus*, pengkajian *vulva*, *vagina*, dan lochea, pengkajian *perineum* fokus pada episiotomi dan ekstremitas bagian bawah.



Masalah keperawatan di buat berdasarkan kompenennya yaitu penyebab atau gejala (PES) atau terdiri dari masalah dan penyebab (PE), bersifat aktual dan potensial. Masalah keperawatan yang bisa ditemukan pada ibu dengan *post partum* adalah nyeri, risiko infeksi, gangguan pola eliminasi bowel, gangguan pola tidur, ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan. Berdasarkan masalah yang ada perawat membuat perencanaan yang meliputi penentuan prioritas masalah dan intervensi. Secara umum intervensi yang dilakukan adalah melakukan tindakan untuk mengurangi nyeri, melakukan perawatan vulva, dan memberikan pendidikan kesehatan.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik dan termotivasi untuk menyusun laporan Karya Tulis Ilmiah sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan Pendidikan Program Diploma III Keperawatan dengan mengambil kasus berjudul Asuhan Keperawatan Pada Ny. I.F dengan *Post Partum* normal hari ke tiga di Puskesmas Bakunase kota Kupang.

## 1.2 Tujuan Studi Kasus

### 1. Tujuan Umum

Menerapkan asuhan keperawatan *post partum* normal pada Ny. I.F

### 2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengkajian keperawatan *post partum* normal pada Ny.I.F di Puskesmas Bakunase Kota Kupang
2. Melakukan analisa data post partum normal pada Ny. I.F di Puskesmas Bakunase Kota Kupang
3. Menguraikan diagnosa keperawatan *post partum* normal pada Ny. I.F di Puskesmas Bakunase Kota Kupang
4. Mengidentifikasi perencanaan keperawatan *post partum* normal pada Ny.I.F di Puskesmas Bakunase Kota Kupang
5. Mengidentifikasi tindakan keperawatan post partum normal pada Ny. I.F di Puskesmas Bakunase Kota Kupang.
6. Mengidentifikasi evaluasi keperawatan *post partum* normal pada Ny. I.F di Puskesmas Bakunase Kota Kupang

### 1.3 Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Masyarakat

Menambah wawasan dan dapat meningkatkan kesehatan tentang *fisiologi reproduksi* ibu *post partum* atau ibu masa nifas

2. Bagi pengembangan ilmu dan tenaga kesehatan

Sebagai bahan masukan yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik pelayanan keperawatan khususnya keperawatan maternitas yaitu pada ibu dengan *post partum* normal.

3. Bagi penulis

Menambah pengetahuan dalam aplikasi yang lebih nyata di lapangan di bidang *maternitas* dengan pasien *post partum*

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 KONSEP POST PARTUM**

##### **2.1.1 Defenisi *post partum***

*Post partum* atau masa nifas disebut juga *Puerperium* yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata *Puer* yang berarti bayi dan *Parous* yang berarti melahirkan.

Masa nifas didefinisikan sebagai periode selama dan tepat setelah kelahiran. Namun secara populer, diketahui istilah tersebut mencakup 6 minggu berikutnya saat terjadi involusi kehamilan normal (Hughes, 1972 dalam Chunnigham, 2006). Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah placenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Anggraini, Y, 2010). Selama 6 minggu atau 42 hari merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal. (Ambarwati E,R,Diah,W, 2010).

Batasan waktu nifas yang paling singkat (minimumm) tidak ada batasan waktunya, bahkan bisa jadi dalam waktu yang relatif pendek darah sudah keluar, sedangkan batasan maksimumnya adalah 40 hari (Ambarwati E,R,Diah,W, 2010). Jadi, masa nifas adalah masa setelah keluarnya placenta sampai pada alat-alat reproduksi menjadi pulih kembali seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas itu berlangsung selama 6 minggu atau selama 40 hari.

##### **2.1.2 Tahapan-Tahapan Masa *Post Partum***

Pada masa nifas ini dibagi menjadi 3 tahapan menurut Bobak (2004) yaitu :

- 1 *Peurperium* dini (*immediate puerperium*) Pada waktu 0-24 jam *post partum*, yaitu masa kepulihan yang dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan juga berjalan-jalan.

- 2 *Puerperium* intermedial (*early puerperium*) Pada waktu 1-7 hari *post partum*, yaitu masa dimana kepulihan secara menyeluruh dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih 6-8 minggu.
- 3 *Remote puerperium* (*later puerperium*) Pada waktu 1-6 minggu *post partum*, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna terutama bila selama hamil atau pada waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, tahunan.

#### 2.1.3 Perubahan Fisiologis Pada Masa *Post Partum*

Pada perubahan fisiologis masa nifas ini, terdiri atas beberapa sistem menurut (Bobak, 2005) & (Ambarwati E,R,Diah,W ,2010) yaitu :

##### 1. Perubahan pada sistem Reproduksi

###### a. *Involusi uteri*

Involusi atau pengurutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama *post partum*.

Tabel 2.1 Perubahan perubahan normal pada uterus selama *post partum*.

Involusi uteri	Tinggi Fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi cerdik
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut/ lunak
7 hari (minggu 1)	Pertengahan antara pusat dan symphysis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyempit

(Sumber : Ambarwati, 2010)

Menurut Reeder, (2012) tinggi *fundus uteri* (TFU) pada hari pertama setinggi pusat, pada hari kedua 1 jari di bawah pusat, pada hari ke tiga 2 jari di bawah pusat, pada hari ke empat 2 jari di atas simpisis, pada hari ke tujuh 1 jari d atas simpisis, pada hari kesepuluh setinggi simpisis.

b. Tempat plasenta

Segera setelah plasenta keluar dan ketuban dikeluarkan, kontriksi *vasikuler* dan *thrombosis* menurunkan tempat plasenta kesuatu area yang meninggi dan bernodul tidak teratur.

c. *Serviks* (mulut rahim)

*Serviks* menjadi lunak segera setelah ibu melahirkan 18 jam setelah *pasca partum*, *serviks* memendek dan konsistensinya menjadi padat dan kembali ke bentuk semula. Warna serviks sendiri berwarna kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah, bentuknya seperti corong karena disebabkan oleh *korpus uteri* yang mengadakan kontraksi, sedangkan *serviks* tidak berkontraksi sehingga pada perbatasan antara *korpus uteri* dan *servik* terbentuk cincin

d. Lochea

Lochea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan *desidua* yang *nekrotik* dari dalam *uterus*. Mikroorganisme ditemukan pada lochea yang menumpuk di vagina dan pada sebagian besar kasus juga ditemukan bahwa bila *discharge* diambil dari rongga *uterus* (menurut Chunningham, Gary, et all 2006).

Karakteristik lochea:

1) *Lochea Rubra* atau Merah (Kruenta)

Lochea ini muncul pada hari 1 sampai hari ke 3 masa *post partum*. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisih darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, *lanugo* (rambut bayi) dan *mekonium*.

2) *Lochea Serosa*

Lochea ini muncul pada hari ke 4 sampai hari ke 7 masa *post partum*. Lochea serosa ini berwarna merah muda sampai cokelat, tidak berbau tidak ada bekuan.

3) *Lochea Alba*

Lochea ini muncul pada minggu ke pertama sampai pada minggu ke 3 *post partum*. Lochea ini krem sampai kekuningan mungkin kecoklatan, tidak berbau.

e. *Vulva, Vagina dan Perineum*

*Vulva* dan *vagina* mengalami penekanan serta peregangan yang besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu *post partum*. Segera setelah melahirkan, *perineum* menjadi kendur karena sebelumnya terenggang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Perubahan pada *perineum* pasca melahirkan terjadi pada saat *perineum* mengalami robekan, pada post natal hari ke 5, *perineum* sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan. (Ambarwati E,R,Diah,W, 2010).

## 2. Perubahan pada sistem Pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan. Dehidrasi, kurang makan, *haemoroid*, *laserasi* jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diit atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. (Ambarwati E,R,Diah,W, 2010).

## 3. Perubahan pada sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama post melahirkan. Kadangkadang puerperium mengalami sulit buang air kecil, karena sfingter ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sphinter ani selama persalinan. Kadang-kadang edema dari triogonium menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga sering terjadi retensio urine, kandung kemih dalam puerperium sangat kurang sensitive dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih penuh atau sesudah buang air kecil masih tertinggal urine residual. ( normal kuang lebih 150cc ). (Ambarwati E,R,Diah,W. 2010).

## 4. Perubahan pada sistem Musculoskeletal

*Ligamen, fasia*, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi, karena rotundum menjadi kendor.Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu

dengan latihan. Perubahan endokrin, menurut (Ambarwati E,R,Diah,W, 2010) yaitu :

a. Hormon plasenta

Selama periode pasca partum terjadi perubahan hormon yang besar. Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormon-hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan.

b. Hormon pituitary

Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke 3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c. Hormon oksitosin

Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior), bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, oksitosin menyebabkan pemisahan plasenta. Kemudian seterusnya bertindak atas otot yang menahan kontraksi, mengurangi tempat plasenta dan mencegah perdarahan. Pada wanita yang memilih menyusui bayinya, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi dan ini membantu uterus kembali ke bentuk normal dan pengeluaran air susu.

d. Hipotalamik pituitary ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Sering kali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakannya rendah kadar estrogen dan progesteron.

5. Perubahan Tanda-tanda Vital

Perubahan tanda-tanda vital menurut (Ambarwati E,R,Diah,W, 2010) yaitu :



a. Suhu badan

Dalam 24 jam post partum suhu badan akan naik sedikit (37,5oc – 38oc ) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan kehilangan cairan dan kelelahan apabila keadaan normal suhu badan akan biasa lagi. Pada hari ketiga suhu badan akan naik lagi karena ada pembendungan asi, buah dada akan menjadi bengkak berwarna merah karena ada banyak asi bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi *endometrium*, *mastitis*, *traktus urogenitalis* atau sistem lain.

b. Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80x/menit. Sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang melebihi 100 adalah abnormal dan hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi atau perdarahan postpartum tertunda.

c. Tekanan darah

Biasanya tidak berubah kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah melahirkan karena adanya perdarahan. Tekanan darah tinggi pada *post partum* menandakan terjadinya preeklamsi *post partum*

d. Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal maka pernapasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan kusus di saluran pernapasan . Perubahan pada sistem kardiovaskuler pada persalinan pervagina akan kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui Section Caesaria (SC) kehilangan darah akan dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan haemokonsentrasi. Apabila persalinan pervagina haemokonsentrasi akan naik

dan pada SC haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4 – 6 minggu. (Ambarwati E,R,Diah, 2010).

Faktor-faktor pembekuan darah meningkat pada hari pertama *post partum*, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah akan lebih mengental dengan peningkatan *fiskositas* sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. *Leukositosis* yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa *post partum*. Kira-kira selama kehamilan dan masa terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan di asosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 *postpartum* dan akan kembali normal dalam 4-5 minggu *postpartum*.(Ambarwati E,R,Diah, W, 2010)

#### 2.2.4 Perubahan Psikologi Pada Masa Post Partum

Perubahan sistem reproduksi *post partum* menurut Marmi (2012) yaitu: Masa nifas adalah masa 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai 6 minggu berikutnya. Waktu yang tepat dalam rangka pemulihan *post partum* adalah 2-6 jam, 2 jam 6 hari, 2 jam 6 minggu atau boleh juga disebut 6 jam, 6 hari, 6 minggu. Menjadi orang tua adalah krisis dari melewati masa transisi menurut Marmi (2012). Masa transisi pada *post partum* yang harus diperhatikan adalah :

##### 1. Phase *honeymon*

Phase *honeymon* adalah phase anak lahir dimana terjadi intimasi dan kontak yang lama antara ibu, ayah dan anak yang dimana masing-masing saling memperhatikan anaknya dan menciptakan hubungan yang baru. Ikatan kasih (*bonding dan attachment*) terjadi pada kala IV yang dimana diadakan kontak antara ibu, ayah dan anak dan tetap dalam ikatan kasih pada masa nifas. Penyesuaian

psikologi pada masa nifas menurut Reva Rubbin 1960 dalam (Cuninngham, et all, 2006) yang dibagi dalam 3 tahap yaitu :

a. Takking In (1-2 hari *post partum*)

Pada fase ini dikenal dengan fase ketergantungan yang dimana wanita menjadi sangat pasif dan sangat tergantung serta berfokus pada dirinya sendiri. Pada fase ini juga ibu mengenang pengalaman melahirkan yang baru saja ia alami. Untuk pemulihan, ibu perlu beristirahat untuk mencegah gejala kurang tidur.

b. Taking Hold (2-4 hari *post partum*)

Pada fase ini disebut dengan fase ketergantungan dan ketidaktergantungan. Pada tahap ini ibu khawatir akan kemampuannya dalam merawat bayinya dan juga khawatir tidak mampu bertanggung jawab untuk merawat bayinya. Ibu berusaha untuk menguasai kemampuan untuk merawat bayinya, cara menggendong dan menyusui, memberikan minum dan menggantikan popok. Pada tahap ini ibu sangat sensitif akan ketidakmampuannya dan mudah tersinggung.

c. Letting Go

Tahap ini dimulai pada minggu ke lima sampai minggu ke enam dan pada fase ini keluarga telah menyesuaikan diri dengan bayi. Ibu merawat bayinya dengan kegiatan sehari-hari yang telah kembali.

#### 2.2.5 Masalah Psikososial Ibu *Post Partum*

Perubahan emosional pada ibu *post partum* menurut Bobak (2005) yaitu :

1. *Baby blues*

*Baby blues* pasca salin, karena perubahan yang tiba-tiba dalam kehidupan, merasa cemas dan takut dengan ketidakmampuan merawat bayinya dan merasa bersalah. Perubahan emosi ini

dapat membaik dalam beberapa hari setelah ibu dapat merawat diri dan bayinya serta mendapat dukungan dari keluarga.

## 2. Depresi *post partum*

Depresi *post partum* adalah depresi yang bervariasi dari hari ke hari dengan menunjukkan kelelahan, mudah marah, gangguan nafsu makan depresi *post partum* adalah depresi yang bervariasi dari hari ke hari dengan menunjukkan kelelahan, mudah marah, gangguan nafsu makan, dan kehilangan libido (kehilangan selera untuk berhubungan intim dengan suami). Kriteria untuk mengklasifikasi depresi *post partum* bervariasi tetapi sering pada sindrom afektif/emosi yang terjadi selama enam bulan setelah melahirkan. Namun pengalaman depresi yang dialami juga menunjukkan konsentrasi buruk, perasaan bersalah, kehilangan energy dan aktivitas sehari-hari.

## 3. Psikosis *post partum*

Psikosis post partum ialah krisis psikiatri yang paling parah. Gejalanya seringkali bermula dengan *postpartum blues* atau depresi pascapartum. Waham, halusinasi, kebingungan dan panik bisa timbul. Wanita tersebut dapat memperlihatkan gejala yang mempunyai skizofrenia atau kerusakan psikoafektif. Perawatan di rumah sakit selama beberapa bulan mungkin diperlukan. Bunuh diri atau bahaya pada bayi atau keduanya merupakan bahaya psikosis terbesar.

## 2.2. Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian

#### 1. Identitas Pasien

Biodata pasien terdiri dari nama, umur, agama, pendidikan, suku/bangsa, pekerjaan dan alamat.

#### 2. Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan terdiri dari tempat pemeriksaan kehamilan, frekuensi, imunisasi, keluhan selama kehamilan, pendidikan kesehatan yang diperoleh.

### 3. Riwayat Persalinan

Riwayat persalinan terdiri dari tempat persalinan, penolong persalinan, jalannya persalinan

### 4. Pemeriksaan Fisik

#### a. Vital sign

Dalam vital sign yang perlu di cek yaitu : suhu, nadi, pernapasan dan juga tekanan darah. Suhu tubuh diukur setiap 4 sampai 8 jam selama beberapa hari *post partum* karena demam biasanya merupakan gejala awal infeksi. Suhu tubuh 38 °C mungkin disebabkan oleh dehidrasi pada 24 jam pertama setelah persalinan atau karena awitan laktasi dalam 2 sampai 4 hari. Demam yang menetap atau berulang di atas 24 jam pertama dapat menandakan adanya infeksi. Bradikardi merupakan perubahan fisiologis normal selama 6 sampai 10 hari *post partum* dengan frekuensi nadi 40 sampai 70 kali/menit. Frekuensi di atas 100 kali/menit dapat menunjukkan adanya infeksi, hemoragi, nyeri, atau kecemasan, nadi yang cepat, dan dangkal, yang dihubungkan, dengan hipotensi, menunjukkan hemoragi, syok, atau emboli.

Tekanan darah umumnya tetap dalam batasan normal selama kehamilan. Wanita *post partum* dapat mengalami hipotensi *ortostatik* karena *dieresis* dan *diaphoresis*, yang menyebabkan pergeseran volume cairan kardiovaskuler. Hipotensi menetap atau berat dapat merupakan tanda syok atau emboli. Peningkatan tekanan darah menunjukkan hipertensi akibat kehamilan, yang dapat muncul pertama kali pada masa *post partum*. Kejang eklamsia di laporkan terjadi sampai lebih dari 10 hari *post partum*.

- b. Kepala dan Wajah Inspeksi kebersihan dan kerontokan rambut (normalnya rambut bersih, tidak terdapat lesi pada kulit kepala dan rambut tidak rontok), cloasma gravidarum, keadaan sklera (normalnya sklera berwarna putih), conjungtiva (normalnya conjungtiva berwarna merah muda, kalau pucat berarti anemis), kebersihan gigi dan mulut (normalnya mulut dan gigi bersih, tidak berbau, bibir mer), caries. Palpasi palpebra, oedema pada mata dan wajah. Palpasi pembesaran getah bening (normalnya tidak ada pembengkakan), JVP kelenjar tiroid.
- c. Dada : Inspeksi irama nafas, dengarkan bunyi nafas dan bunyi jantung, hitung frekuensi. Payudara : pengkajian payudara pada ibu *post partum* meliputi inspeksi ukuran, bentuk, warna, dan kesimetrisan dan palpasi konsisten dan apakah ada nyeri tekan guna menentukan status laktasi. Normalnya puting susu menonjol, tidak ada bekas luka, aerola berwarna kecoklatan, tidak ada nyeri tekan, payudara simetris dan tidak ada benjolan atau masa pada saat di palpasi. Abdomen : menginspeksi adanya striae atau tidak, adanya luka / insisi, adanya linea atau tidak.
- d. Involution uteri : Kemajuan involusi yaitu proses uterus kembali ke ukuran dan kondisinya sebelum kehamilan, diukur dengan mengkaji tinggi dan konsistensi fundus uterus, masase dan peremasan fundus dan karakter serta jumlah lokia 4 sampai 8 jam. Tinggi fundus uteri (TFU) pada hari pertama setinggi pusat, pada hari kedua 1 jari di bawah pusat, pada hari ke tiga 2 jari di bawah pusat, pada hari ke empat 2 jari di atas simpisis, pada hari ke tujuh 1 jari di atas simpisis, pada hari kesepuluh setinggi simpisis. Konsistensi fundus harus keras dengan bentuk bundar mulus. Fundus yang lembek atau kendor menunjukkan atonia atau subinvolusi. kandung kemih

harus kosong agar pengukuran fundus akurat, kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan meningkatkan tinggi fundus. Vulva dan vagina : melihat apakah vulva bersih atau tidak, adanya tanda-tanda infeksi atau tidak. Lochia : Karakter dan jumlah lochia secara tidak langsung menggambarkan kemajuan penyembuhan endometrium. Pada proses penyembuhan normal, jumlah lochia perlahan-lahan berkurang dengan perubahan warna yang khas yang menunjukkan penurunan komponen darah dalam aliran lochia. Jumlah lochia sangat sedikit noda darah berukuran 2,5-5 cm = 10 ml, sedikit noda darah berukuran  $\leq 10$  cm = 10-25 ml, sedang noda darah berukuran  $< 15$  cm = 25 ml, banyak pembalut penuh = 50-80 ml. Karakteristik lochia rubra (merah terang, mengandung darah, bau amis yang khas, hari ke 1 sampai ke 3 post partum), serosa (merah muda sampai cokelat merah muda, tidak ada bekuan, tidak berbau, hari ke 4 sampai hari ke 7), alba (krem sampai kekuningan, mungkin kecokelatan, tidak berbau, minggu ke 1 sampai ke 3 post partum). Perineum : pengkajian daerah perineum dan perianal dengan sering untuk mengidentifikasi karakteristik normal atau deviasi dari normal seperti hematoma, memar, edema, kemerahan dan nyeri tekan. Jika ada jahitan luka, kaji keutuhan, hematoma, perdarahan dan tanda-tanda infeksi (kemerahan, bengkak, dan nyeri tekan). Daerah anus dikaji apakah ada hemoroid, dan fisura. Wanita dengan persalinan spontan per vagina tanpa laserasi sering mengalami nyeri perineum yang lebih ringan. Hemoroid tampak seperti tonjolan buah anggur pada anus dan merupakan sumber yang paling sering menimbulkan nyeri perianal. Hemoroid disebabkan oleh tekanan otot-otot dasar panggul oleh bagian

terendah janin selama kehamilan akhir dan persalinan akibat mengejan selama fase ekspulsi.

#### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri b/d kontraksi uterus, episiotomi, laserasi, hemaroid, pembengkakan payudara, insisi bedah
2. Resiko infeksi b/d kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva.
3. Gangguan pola eliminasi bowel b/d adanya konstipasi.
4. Gangguan pola tidur b/d respon hormonal psikososial, proses persalinan dan proses melahirkan

#### 2.2.3 Perencanaan Keperawatan

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, perencanaan keperawatan pada ibu *post partum* normal sebagai berikut:

1. Nyeri b/d kontraksi uterus, episiotomi, laserasi, hemaroid, pembengkakan payudara, insisi bedah. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil : klien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 2-3, klien terlihat rileks, ekspresi wajah tidak tegang, klien bisa tidur nyaman, tanda-tanda vital dalam batas normal : suhu 36-37°C, nadi 60-100x/m, RR 16-20x/m, TD 100/70 mmHg. Intervensi : pengkajian komprehensif (lokasi, durasi, kualitas, karakteristik, berat nyeri dan faktor pencetus) untuk mengurangi nyeri, pilih dan implementasikan tindakan yang beragam (farmakologi dan nonfarmakologi) untuk penurunan nyeri sesuai dengan kebutuhan, ajarkan teknik non farmakologis untuk pengurangan nyeri, kolaborasi untuk memberikan obat sesuai dengan kebutuhan pasien.
2. Risiko infeksi b/d kurang pengetahuan tentang cara perawatan vulva  
Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan tidak terjadi infeksi, pengetahuan bertambah dengan kriteria hasil : klien



menyertakan perawatan bagi dirinya, klien bisa membersihkan vagina dan pereniumnya secara mandiri. Perawatan pervagina berkurang, vulva bersih dan tidak infeksi, tidak ada perawatan, vital sign dalam batas normal. Intervensi : ajarkan cara cuci tangan untuk mencegah terjadi infeksi, bersihkan daerah genetalia untuk tidak terjadinya infeksi pada daerah genetalia, ganti pakaian dalam dan pembalut jika sudah kotor dan penuh agar tidak ternyadnya penyakit kulit.

3. Gangguan pola eliminasi bowel b/d adanya konstipasi

Tujuan : kebutuhan eliminasi pasien terpenuhi dengan kriteria hasil : pasien mengatakan sudah buang air besar (BAB), pasien mengatakan tidak konstipasi, pasien mengatakan perasaan nyaman. Intervensi : auskultasi bising usus untuk penurunan peristaltik usus menyebabkan konstipasi, observasi adanya nyeri abdomen karena nyeri abdomen menimbulkan rasa takut untuk BAB, anjurkan pasien makan makanan tinggi serat karena makanan tinggi serat melancarkan BAB, anjurkan pasien banyak minum terutama air putih hangat karena mengkonsumsi air hangat melancarkan BAB, kolaborasi pemberian laksatif (pelunak feses) untuk merangsang peristaltik usus dengan perlahan atau evakuasi Feses.

4. Gangguan pola tidur b/d respon hormonal psikososial, proses persalinan dan proses melahirkan

Tujuan : istirahat tidak terpenuhi dengan kriteria hasil : mengidentifikasi penilaian untuk mengakomodasi perubahan yang diperlukan terhadap anggota keluarga baru. Intervensi : ciptakan lingkungan yang tenang untuk mendorong istirahat dan tidur, dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman, gunakan teknik relaksasi untuk bisa dapat membantu mempermudah tidur.

5. Defisiensi Pengetahuan b/d kurang informasi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien dapat meningkatkan pemeliharaan kesehatan dengan kriteria hasil : pasien

dapat memahami dan mengerti tentang pentingnya kesehatan dan perawatan. Intervensi : tumbuhkan sikap saling percaya dan perhatian, pilih strategi pengajaran (diskusi,demonstrasi) yang tepat untuk gaya pembelajaran secara individual, ajarkan ketrampilan yang dipelajari pasien harus masukkan ke dalam gaya hidup sehari-hari.

#### 2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dapat disesuaikan dengan intervensi yang telah disusun

#### 2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai.

## **BAB 3**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1 Hasil Studi Kasus**

Pasien yang dirawat di dalam studi kasus ini adalah Ny.I.F. umur 24 tahun dengan G<sub>2</sub> P<sub>2</sub> A<sub>0</sub>.. Sudah melakukan kunjungan untuk melakukan pemeriksaan *post partum* yang pertama kalinya. Pasien memiliki keluhan bahwa ia tidak tahu bagaimana cara menyusui dengan benar , bagaimana cara merawat tali pusat, bagaimana cara perawatan vulva dengan benar dan apa saja nutrisi pada ibu menyusui. Saat ini Ny.I.F mendapatkan pengobatan pemeriksaan TTV: TD: 100/70 mmHg, Suhu: 36,5°C, Nadi: 80x/menit, RR: 20x/menit. KU: pasien baik, kesadaran: compos mentis.

Hasil pengkajian pada tanggal 28 Mei 2019 jam 09.00 WITA, pada kasus ini diperoleh dengan wawancara secara langsung dan mengadakan pengamatan dan observasi langsung, pemeriksaan fisik, dari data pengkajian tersebut didapatkan hasil identitas pasien bahwa, pasien bernama Ny.I.F umur 24 tahun, agama Kristen protestan, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan penjaga toko, alamat Kuanino, tanggal pemeriksaan 29 Mei 2019.

##### **3.1.1 Pengkajian**

###### **1. Identitas Umum**

Hasil pengkajian didapatkan pasien bernama Ny.I.F umur 24 tahun suku Rote, pasien beragama Kristen Protestan pendidikan terakhir SMA, pasien bekerja sebagai penjaga toko, tempat tinggal pasien beralamat di Kuanino dan berstatus menikah. Suami pasien bernama Tn. D.,F. berumur 29 tahun suku Rote beragama Kristen Protestan pendidikan terakhir SMA dan bekerja sebagai wiraswasta. Riwayat persalinan Ny I.F partus ke 2 tidak ada keguguran dan jumlah anak hidup 2 orang.

###### **2. Riwayat Kesehatan**

Selama kehamilan pasien memeriksakan kehamilannya di Puskesmas Bakunase dengan frekuensi 4 kali dan sudah mendapat imunisasi TT 1. Pasien memiliki keluhan selama kehamilan yaitu mual, muntah dan sakit kepala.

### 3. Riwayat Persalinan

Pasien bersalin di Puskesmas Bakunase ditolong oleh bidan dengan usia kehamilan 36 minggu dan jalannya persalinan yaitu kala 1 berlangsung  $\pm$  8 jam, kala 2 berlangsung  $\pm$  20 menit, pasien melahirkan secara normal (pervaginam) dengan tenaga mendedan ibu sendiri, kala 3 plasenta lahir lengkap (selaput dan katiledon lengkap), perdarahan  $\pm$  100 cc, rupture perineum lamanya kala 3 adalah 6 menit dan kala 4 berlangsung normal, pemantauan kala 4 dilakukan sampai dengan 2 jam, kontraksi uterus baik, TFU 2 jari di atas pusat, BB bayi 3.500 gram dan panjang badan 50cm.

### 4. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) yang didapatkan TD: 100/70 mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu: 36,5°C, RR: 20x/menit, keadaan umum pasien baik, kesadaran komposmentis dan tidak ada kelainan bentuk badan.

Pemeriksaan dari kepala yaitu kepala bersih tidak berketombe dan tidak ada lesi, mata bersih konjungtiva merah muda sclera putih, telinga bersih dan tidak ada serumen, hidung bersih tidak ada polip, membrane mukosa lembab dan gigi bersih tidak ada karies. Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan vena jugularis pasien teraba.

Bentuk payudara pasien simetris, puting susu menonjol, payudara pasien bersih dan sudah dapat menghasilkan kolostrum. Hasil pemeriksaan TFU 2 jari di bawah pusat dan teraba keras, *diastasis rectus abdominalis* panjangnya 5 cm dan lebar 1 cm. Lochea berwarna kecoklatan berjumlah 75 cc.

Perineum rupture, terdapat 8 jahitan dan keadaan luka masih basah dan tidak ada hemoroid, terdapat oedema pada kedua kaki.

#### 5. Kebutuhan Dasar

Porsi makan pasien baik, pasien makan dalam sehari 3-4 kali dengan jenis makanan bubur, nasi, sayur dan ikan. Pasien minum dalam sehari berjumlah  $\pm$  8 gelas sehari, pasien mengatakan tidak tahu nutrisi apa saja yang baik bagi ibu menyusui dan pasien mengatakan tidak ada jenis makanan patangan.

Pola eliminasi BAB dalam sehari 1 kali tidak konstipasi dan tidak ada nyeri saat pasien BAB. Jumlah BAK dalam sehari yaitu lebih dari 5 kali dan nyeri saat BAK. Pasien melakukan ambulasi pada 3 jam pertama pasca persalinan, pasien mandi 2 kali dalam sehari gosok gigi 2 kali dan ganti pakaian 2 kali. Tidak ada gangguan tidur, pola tidur malam pasien yaitu 6-8 jam, tidur siang jam 12.00 dan ada nyeri pada perineum.

Pasien dan keluarga sangat senang dengan kelahiran bayinya, tidak ada gangguan laktasi dan tidak ada perdarahan post partum. Pasien mengatakan kurang tahu cara melakukan perawatan payudara dengan benar, pasien juga mengatakan tidak tahu cara menyusui dengan benar, bagaimana cara perawatan tali pusat dan apa saja nutrisi bagi ibu hamil. Pasien tahu cara memandikan bayi, nutrisi bayi yaitu ASI eksklusif, pasien juga berencana untuk mengikuti program KB.

#### 3.1.2 Diagnose Keperawatan

Diagnose keperawatan ditegakan berdasarkan data-data hasil pengkajian dan mulai dari menetapkan masalah, penyebab, dan data-data yang mendukung. Masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan episiotomi. DS: pasien mengatakan kurang paham tentang bagaimana cara

perawatan daerah genetalia dengan baik dan benar. DO: pasien tampak meringis kesakitan.

2. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi yang ditandai dengan DS: pasien mengatakan bahwa ia kurang tahu cara menyusui yang benar, bagaimana cara melakukan perawatan payudara dengan baik dan apa saja nutrisi yg baik bagi ibu menyusui. DO: pada saat dikaji pasien tampak terlihat susah memberikan posisi yang baik untuk menyusui bayinya, pasien terlihat bingung dan tidak menjawab karena tidak tahu nutrisi apa saja yang baik bagi ibu menyusui.
3. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan asupan natrium yang berlebihan. DS: pasien mengatakan saat berjalan kaki terasa berat. DO: pada saat dikaji, kaki pasien terlihat bengkak .

### 3.1.3 Perencanaan Keperawatan

Diagnosa keperawatan yaitu nyeri berhubungan dengan episiotomi. Goalnya Ny.I.F. akan terbebas dari nyeri selama perawatan. Objektifnya dalam jangka waktu 1 x 24 jam Ny.I.F. akan terbebas dari nyeri dengan kriteria hasil : pasien tampak rileks dan skala nyeri menjadi 1 atau 0. Untuk menjelaskan tingkat nyeri agar memfasilitasi pengkajian yang akurat tentang tingkat nyeri pasien, bantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman untuk menurunkan ketegangan otot, ajarkan teknik relaksasi. Untuk mengurangi nyeri berikan obat asam Mefenamat 3 x 500 mg yang dianjurkan sesuai dengan indikasi untuk mengurangi nyeri.

Diagnose keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. Goalnya Ny.I.F. akan meningkatkan pengetahuan selama dalam perawatan. Objektifnya dalam jangka waktu 6 jam pasien akan

meningkatkan pengetahuan dengan criteria hasil: pasien menunjukkan peningkatan pemahaman tentang cara menyusui yang benar, perawatan tali pusat yang benar, dan nutrisi pada ibu menyusui; pasien dapat menjawab pertanyaan dan mendemonstrasikan kembali bagaimana cara menyusui yang benar, perawatan tali pusat yang benar, dan nutrisi yang baik bagi ibu menyusui. Intervensi yang diambil yaitu tumbuhkan sikap saling percaya dan perhatian untuk meningkatkan pembelajaran dan penerimaan terhadap pengalaman baru dari dasar hubungan saling percaya, pilih strategi pengajaran (diskusi, demonstrasi, bermain peran, materi visul) yang tepat untuk gaya pembelajaran secara individual untuk meningkatkan keefektifan pengajaran, ajarkan keterampilan yang dipelajari pasien harus masukan kedalam gaya hidup sehari-hari untuk membantu mendapatkan rasa percaya.

Diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan perubahan retensi Na/air. Goalnya: pasien akan mempertahankan keseimbangan volume cairan selama dalam perawatan. Objektifnya: setelah dilakukan tindakan selama 2 x 24 jam, diharapkan masalah kelebihan volume cairan dapat teratasi dengan kriteria hasil: pasien dapat menyebutkan cara-cara untuk meminimalkan masalah, pasien dapat mengidentifikasi tanda atau gejala yang memerlukan evaluasi dari intervensi medis, pasien terhindar dari masalah kelebihan volume cairan dan oedema pada daerah ekstermitas. Intervensinya kaji kenaikan berat badan, berikan kepada pasien daftakan diet yang harus dijalani, anjurkan untuk mengkonsumsi makanan dan minuman yang bergisi dan aman untuk bayi.

#### 3.1.4 Implementasi keperawatan

Hari pertama( Rabu, 29 Mei 2019)

Diagnose keperawatan nyeri berhubungan dengan insisi. Tindakan yang dilakukan yaitu 1). Pada jam 09.00 menanyakan lokasi nyeri, durasi dan skala. 2). Pada jam 09.45 mengajarkan pasien teknik relaksasi (Napas dalam) agar nyeri yang dirasakan berkurang. 3) pada jam 10.00 membantu mengatur posisi fowler pada pasien agar dapat mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien.

Diagnose keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. Tindakan yang telah dilakukan yaitu 1). Pada jam 12.30 melakukan pengukuran TTV, hasil yang didapat TD: 100/70 mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu: 36,5°C, RR: 20x/menit. 2). Pada jam 12.45 melakukan penyuluhan kesehatan dan mendemonstrasikan pada ibu tentang teknik menyusui yang benar.

Diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan berhubungan dengan perubahan retensi Na/air. Tindakan yang dilakukan yaitu 1) pada jam 10.00 menganjurkan pasien untuk mengurangi konsumsi makanan yang mengandung banyak garam. 2) pada jam 10.30 mengajarkan pasien untuk meletakkan kaki pada bantal apabila sedang beristirahat.

Hari kedua (Kamis, 30 Mei 2019)

Pada hari Kamis pagi saat dilakukan kunjungan rumah untuk melanjutkan tindakan yang belum dilakukan.

Diagnose keperawatan nyeri berhubungan dengan insisi. Tindakan keperawatan yang dilakukan 1). Pada jam 10.30 mengkaji lokasi nyeri dengan durasi. 2). Pada jam 10.40 mengajarkan pasien teknik relaksasi (napas dalam) agar nyeri yang dirasakan berkurang. 3). Pada jam 10.50 membantu mengatur posisi fowler pada pasien agar dapat mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien.



Diagnose keperawatan defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi. Tindakan yang telah dilakukan yaitu 1). Pada jam 10.05 melakukan pengukuran TTV, hasil yang didapat TD: 110/70 mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu: 36,5°C, RR: 20x/menit. 2). Pada jam 10.45 melakukan penyuluhan kesehatan dan mendemonstrasikan pada ibu tentang cara perawatan tali pusat yang benar.

Diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan berhubungan dengan perubahan retensi Na/air. Tindakan yang dilakukan yaitu 1) pada jam 10.00 menganjurkan pasien untuk mengurangi mengkonsumsi makanan yang mengandung banyak garam. 2) pada jam 10.30 mengajarkan pasien untuk meletakkan kaki pada bantal apabila sedang beristirahat.

#### 3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi ini merupakan tahap akhir dari proses yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan pada 14.00 WITA. Perawat melakukan evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan diagnose keperawatan yang telah ditetapkan dengan menggunakan metode SOAP.

Hari pertama ( Kamis, 29 Mei 2019)

Diagnose keperawatan nyeri berhubungan dengan insisi. S: Pasien mengatakan masih merasakan nyeri pada daerah perinium, lamanya nyeri 5 menit, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, dengan skala nyeri 5. O: Ny. I.F tidak terlalu meringis kesakitan, skala 5 menjadi 3, A: masalah teratasi sebagian . P: intervensi dilanjutkan

Diagnose defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi S: pasien mengatakan sudah paham tentang cara menyusui yang baik dan benar. O: pasien dapat mendemonstrasikan dan menyebutkan kembali bagaimana cara

menyusui yang benar. A: masalah teratasi. P: intervensi dihentikan.

Kelebihan volume cairan berhubungan dengan perubahan retensi Na/air. S: pasien mengatakan bila berjalan kaki terasa berat, O: masih tampak udem di kaki, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi.

Hari kedua (Jumat, 31 Mei 2019)

Diagnosa nyeri berhubungan dengan insisi. S: pasien mengatakan masih merasakan nyeri, O: skala nyeri 2 dari 10, nyeri seperti tertusuk-tusuk, A: masalah belum teratasi, P: intervensi dihentikan dan dilanjutkan oleh Ny I.F di rumah.

Diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan perubahan retensi natrium/air. S: pasien mengatakan saat berjalan sudah terasa ringan, O: udem di kaki sudah berkurang, A: masalah teratasi sebagian, P: intervensi dihentikan dan dilanjutkan di rumah.

### **3.2 Pembahasan**

Dalam pembahasan ini akan diuraikan kesenjangan-kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang ditemukan saat memberikan asuhan keperawatan pada Ny. I.F dengan post partum dari Puskesmas Bakunase Kota Kupang. Pembahasan ini akan dibahas sesuai dengan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan juga evaluasi.

#### **3.2.1 Pengkajian**

Menurut Reeder, (2012) menjelaskan bahwa pada pemeriksaan fisik dimulai dari kepala sampai kaki. Pada payudara normalnya payudara simentris, tidak ada pembengkakan, tidak terdapat benjolan pada saat dilakukan palpasi, sudah ada kolostrum, puting susu menonjol, aerola berwarna kecoklatan, dan tidak terdapat lesi pada daerah aerola ataupun puting susu dan payudara terlihat bersih. Setelah dilakukan pemeriksaan pada Ny. I.F pada jam 11.00 payudara terlihat

bersih, simetris, tidak ada pembengkakan, tidak ada benjolan, tidak terdapat lesi pada daerah aerola dan puting susu, aerola berwarna kecoklatan, sudah ada kolostrum tetapi pada payudara sebelah kiri tidak mengeluarkan ASI pada saat diperiksa. Dari hasil diatas ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus, pada payudara Ny. I.F sebelah kiri tidak mengeluarkan ASI ini di karenakan bayi kurang menyusui pada payudara kiri sehingga kurangnya stimulasi menyusui pada payudara kiri akibatnya hormon oksitosin tidak bekerja dengan baik.

Menurut Reeder, dkk (2012) menjelaskan bahwa tinggi fundus uteri pada hari pertama setinggi pusat namun pada kasus nyata tinggi fundus Ny. I.F hari pertama 1 jari di atas pusat. Dari hasil diatas ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata, tinggi fundus uteri Ny. I.F 1 jari di atas pusat ini dikarenakan kontraksi uterus pada Ny. I.F tidak bagus disebabkan ibu kurang melakukan mobilisasi sehingga harus dilakukan massage pada daerah abdomen agar tidak terjadinya perdarahan yang pada akhirnya akan menyebabkan kematian.

Menurut Reeder, (2012) menjelaskan bahwa pada pemeriksaan abdomen adanya striae namun pada kasus nyata, tidak terdapat striae pada abdomen Ny. I.F ini dikarenakan abdomen pada Ny. I.F tidak mengalami peregangan yang berlebihan.

### **3.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Setelah dilakukan analisa data ditentukan prioritas masalah keperawatan yaitu:

1. Nyeri berhubungan dengan insisi yang ditandai dengan nyeri pada daerah jahitan (perineum)
2. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.
3. Diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan perubahan retensi natrium/air.

### **3.2.3 Intervensi Keperawatan**

Tujuan yang dibuat ditetapkan lebih umum pada praktek nyata tujuan perawatan dimodifikasi sesuai kondisi pasien. Tujuan yang dibuat mempunyai batasan waktu, dapat diukur, dapat dicapai, rasional sesuai kemampuan pasien, sedangkan intervensi disusun berdasarkan diagnose keperawatan ditegakan (Herdman, 2012). Pada kasus Ny.I.F tidak ditemukan antara kesenjangan teori dan kasus nyata dilahan praktek karena secara teori menurut NANDA *Nursing Interventation Classification (NIC)-Nursing Outcomes Classification (NOC)* yang disusun Herdman & kamitsuru (2015). Diagnosa Nyeri berhubungan dengan insisi yang ditandai dengan nyeri pada daerah jahitan (perineum) diterapkan sesuai intervensi pada Ny.I.F dalam waktu 3x24 jam nyeri yang dirasakan pasien berkurang dari skla 5 menjadi tidak ada nyeri. Pada dignosa kedua kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, dalam jangka waktu 30 menit pasien akan memahami teknik menyusui yang benar. Diagnosa ketiga kelebihan volume cairan berhubungan dengan perubahan natrium/air, dalam jangka waktu 3x24 jam udem di kaki akan berkuang atau hilang.

#### 3.2.4 Implementasi Keperawatan

Dalam melakukan tindakan keperawatan pada Ny I.F, semua tindakan dalam proses teori keperawatan yang berfokus pada intervensi yang ditetapkan pada hari pertama dilakukan implementasi dari diagnosa nyeri, tindakan yang dilakukan adalah mengajarkan teknik relaksasi, membantu mengatur posisi fowler.

Diagnosa kurang pengetahuan tindakan yang dilakukan adalah melakukan penyuluhan tentang teknik menyusui, diagnosa ketiga kelebihan volume cairan, tindakan yang dilakukan adalah menganjurkan pasien membatasi garam dalam makanan, mengajarkan pasien untuk meletakkan kaki pada bantal apabila sedang beristirahat

### **3.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dalam asuhan keperawatan yang dapat menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada Ny I.F sesuai dengan implementasi pada kriteria hasil yang telah dilakukan . evaluasi dilakukan antara lain: pada diagnosa 1, evaluasi pada tindakan yang dilakukan adalah pasien mengatakan masih nyeri tetapi sudah berkurang, diagnosa kedua kurang pengetahuan, evaluasi yang didapatkan adalah Ny I.F mengatakan sudah memahami teknik menyusui yang benar, pada diagnosa ketiga, kelebihan volume cairan evaluasi yang didapatkan adalah Ny I.F mengatakan sudah dapat menyebutkan cara-cara untuk meminimalkan masalah udem. Kesimpulan yang diperoleh adalah pasien dapat melanjutkan intervensi dirumah sesuai dengan yang telah direncanakan dan pelaksanaan yang telah dijalankan.

### **Keterbatasan Studi Kasus**

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan studi kasus ini waktu dan juga persiapan yang baik. Karena keterbatasan waktu sehingga penulis kurang mempersiapkan diri dengan baik. Dari hasil yang diperoleh penulis menyadari bahwa studi kasus ini jauh dari kesempurnaan karena proses pengumpulan data yang sangat singkat sehingga hasil yang diperoleh kurang begitu sempurna dan masih membutuhkan pembenahan dalam penulisan hasil.

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **4.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan post Partum dari Puskesmas Bakunase Kota Kupang pada tahun 2019 dapat diberikan secara sistematis dan terorganisir dengan menggunakan pengkajian yang baku serta hasil yang diharapkan sesuai dengan harapan pasien, sehingga dapat disimpulkan bahwa :

Pengkajian dilakukan pada tanggal 28 Mei 2019 pada Ny. I.F dengan riwayat obstetri G2P2A0AH2 post partum hari ketiga. Hasil pengkajian pada Ny. I.F didapatkan kesadaran pasien composmetis, GCS : E4V5M6, TD : 100/70 mmHg, Nadi : 80x/m, Suhu : 36oC, RR : 20x/m, setelah melahirkan pasien belum BAB, setelah melahirkan pasien sudah BAK 1x, pada pengkajian di dapat data bahwa pasien tampak meringis kesakitan, pasien kurang tahu tentang bagaimana cara memberikan ASI dengan posisi yang benar, apa saja imunisasi yang akan diberikan pada anaknya dan bagaimana perawatan payudara karena selama kehamilan pasien hanya berkunjung ke faskes 4 kali untuk mengontrol kesehatan janinnya.

Dari hasil pengkajian dilakukan analisa data. Analisa data yang pertama, data subjektif Ny. I.F mengatakan bahwa nyeri : P nyeri pada saat bergerak, Q : nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, R : nyeri yang dirasakan itu terdapat pada daerah jahitan (perineum), T : nyeri yang dirasakan tersebut hilang timbul. Data Objektif Ny. I.F tampak meringis kesakitan, S : skala nyeri 5. Analisa data yang kedua, data subjektif Ny. I.F mengatakan bahwa ia tidak tahu bagaimana cara menyusui, perawatan payudara setelah melahirkan, imunisasi karena selama kehamilan Ny. I.F tidak pernah memeriksa kandungannya di fasilitas kesehatan (faskes) sehingga tidak mendapatkan informasi. Data objektif pada saat dikaji pasien tampak terlihat susah memberikan posisi yang baik untuk menyusui bayi dan pada saat ditanya mengenai

cara menyusui, perawatan payudara, dan imunisasi pasien terlihat bingung dan tidak menjawab karena tidak tahu. Setelah dilakukan analisa data makan dapat diangkat diagnosa nyeri b/d insisi dan defisiensi pengetahuan b/d kurang informasi.

Di dalam perencanaan keperawatandi tentukan tujuan intervensi keperawatan. Ada 2 tujuan umum yaitu nyeri tujuannya untuk pasien terbebas dari nyeri atau nyeri dapat berkurang, defisiensi pengetahuan tujuannya untuk meningkatkan pemahaman pasien tentang imunisasi pada bayi, perawatan payudara dan teknik menyusui.

Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 28-31 Mei 2019 yang dilakukan pada Ny. I.F sesuai dengan rencana tindakan yang telah dilakukan. Hasil evaluasi yang dilakukan selama tanggal 28-31 Mei 2019 dalam bentuk SOAP. Pada ke dua diagnosa yang di tetapkan yang telah teratasi adalah ketidakefektifan pemeliharaan b/d kurang terpaparnya informasi, yang teratasi sebagian adalah nyeri akut b/d insisi.

#### **4.2 Saran**

Berdasarkan asuha keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. I.F di rumahnya dan kesimpulan yang telah ditulis oleh penulis diatas, maka dengan itu penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Dalam pemberian asuhan keperawatan dapat digunakan pendekatan proses keperawatan serta perlu adanya keikutsertaan keluarga karena keluarga merupakan orang terdekat pasien yang tahu akan perkembangan dan kebiasaan pasien.
2. Dalam memberikan implementasi tidak harus sesuai dengan apa yang terdapat pada teori, akan tetapi harus di sesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien serta menyesuaikan dengan kebijakan dari rumah sakit.

3. Dalam memberikan perawatan diagnosa harus tercatat dengan baik agar perawat terarah melakukan tindakan.
4. Dalam penyuluhan menggunakan media yang baik dan dokumentasi yang baik.



## DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati E, R, Diah, 2010. *Asuhan Keperawatan Nifas*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Bobak M.I dan Jansen, 2000, *Perawatan Maternitas dan Ginekologi*, yayasan IAKP; bandung
- Kapitan Meiyerince, Bethan Oni, Subani Deby, Dafroyati, 2016, *Praktek Laboratorium dan Klinik Keperawatan Maternitas*
- Mander, Rosemary, 2003, *Nyeri Persalinan*, Editor Edisi Bahasa Indonesia- Jakarta : EGC
- Mochtar R.1998, *Obstetri Operatif* ; EGC ; Jakarta
- Reeder, Martin, S.J dan Koniak-Griffin, D 2011, *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi dan Keluarga*. Ed.18 jakarta : EGC
- Simkin, 2008. *Panduan Lengkap Kehamilan, Melahirkan, dan Bayi*, Jakarta. ARCAN
- Sofian Amru, 2012, *Obstetric Operatif*, Ed.3- Jakarta, ECG
- Taylor M. Cinthya, 2010 *Diagnosis keperawatan: dengan rencana asuhan keperawatan* – ed. 10- Jakarta :EGC
- Winkjosastro, 2008. *Paket Pelatihan PONEX Asuhan Obstetric Essential*, Jakarta. EGC

# LAMPIRAN



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PRODI D-III KEPERAWATAN



Direktorat: Jl. Piet A Tallo Liliba-Kupang, Telp (0380) 881880;  
880880





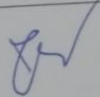
Fax (0380) 85534188; email: [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)

PROSES BIMBINGAN LAPORAN STUDI KASUS

Nama mahasiswa : Yusti M lenggu  
NIM : PO.530320116379  
Nama pembimbing : Dr. Ina debora Ratu Ludji, S.Kp., M.Kes  
NIP : NIP. 196806181990032001

Judul studi kasus : Asuhan keperawatan *Post Partum* normal hari ketiga pada Ny.I.F  
dengan G<sub>2</sub>P<sub>2</sub>A<sub>0</sub> di wilayah kerja Puskesmas Bakunase, Kota Kupang

NO	HARI/TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin, 28 Mei 2019	Bimbingan ujian akhir praktek dan mengarahkan cara penyusunan karya tulis ilmiah	
2.	Rabu, 29 Mei 2019	Melaksanakan ujian akhir praktek di rumah pasien di kuanino	

3.	Minggu, 03 Juni 2019	Konsultasi studi kasus bab 1 sampai bab 3 lewat email	
4.	Senin, 10 Juni 2019	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaikan bab 1 dan bab 2</li> <li>2. Perubahan penomoran</li> </ol>	
5.	Selasa, 11 Juni 2019	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaikan bab 3</li> <li>2. Pembahasan</li> <li>3. Tambahkan analisa data</li> </ol>	
6.	Rabu, 12 juni 2019	Bimbingan untuk melakukan ujian karya tulis ilmiah	
7.	Jumad, 14 juni 2019	Revisi dengan dosen penguji 1	

8.	Senin, 24 Juni 2019	ACC dengan catatan konsultasi abstrak	Br
9.	Rabu, 26 juni 2019	ACC dan jilid	Br

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN KUPANG  
KEPERAWATAN MATERNITAS



FORMAT PENGKAJIAN IBU POST PARTUM

Nama mahasiswa : Justi. M. Lenggu. NIM : 90320116379  
Tanggal Masuk : 20-05-2019 Jam Masuk :  
Ruang/Kelas : Pus/Kes Mas Kamar No :  
Pengkajian tgl : 27-05-2019 Jam :

I. IDENTITAS UMUM

Nama Pasien : Ny. I. F Nama Suami : Tn. D. F  
Umur : 27 Tahun Umur : 27 tahun  
Suku/Bangsa : Ate Suku/Bangsa : Ate  
Agama : KP Agama : KP  
Pendidikan : GDU Pendidikan : saru  
Pekerjaan : Pengajar Toko Pekerjaan : wiraswasta  
Alamat : Kunino Alamat : Kunino  
Status Perkawinan :  
Riwayat Obstetri : G 2. P 2. A 0. AH 2. org  
Post Partum hari ke : Tiga.

II. RIWAYAT KESEHATAN

a. Tempat pemeriksaan kehamilan : Puskesmas Pakunase  
b. Frekuensi : 1 kali  
c. Imunisasi : Mval, mualah dan sakit kepala  
d. Keluhan selama kehamilan :  
e. Pendidikan kesehatan yang sudah diperoleh :  
( ) Perawatan payudara; ( ) Nutrisi ibu menyusui; ( ) Nutrisi bayi  
( ) Lain-lain: gigi untuk ibu hamil  
Sebutkan: .....

I. RIWAYAT PERSALINAN

a. Tempat persalinan : ( ) RS ( ) Klinik Bersalin ( ) Rumah  
( ) Lain-lain sebutkan: .....

b. Penolong : ( ) Dokter ( ) bidan/perawat ( ) dukun terlatih  
( ) Dukun tidak terlatih ( ) Lain-lain: sebutkan: .....

- Kebersihan payudara : Bruik
- c. Perut
- Tinggi fundus uteri : 2 jari dibawah pusat
- Kekenyalan : .....
- Diastasis Rectus Abdominalis : .....
- Panjang : .....
- Lebar : .....
- d. Vulva
- Lochea : Sanguinolenta
- Jumlah : 50 cc
- Jenis : Sanguinolenta
- Bau : Amis
- Kebersihan : Bruik
- e. Perineum
- Episiotomi, Jenis : ( ) Utuh (✓) Ruptur ( )
- f. Haemoroid : ( ) Ada (✓) Tidak Ada
- g. Ekstremitas : ( ) Plebitis ( ) Varises
- (✓) Oedem ( ) Refleks .....

#### KEBUTUHAN DASAR

- a. Nutrisi
- Pola Makan : Teratur
- Frekuensi : 3 x sehari
- Jenis Makanan : Nasi, ikan, telur, sayur
- Intake Cairan/24 jam : 7-8 gelas perhari
- Pengetahuan Ibu tentang nutrisi : butek
- Makanan pantangan : tidak ada makanan pantangan
- b. Eliminasi
- BAB
- ✓ Frekuensi : 5 kali
- ✓ Konstipasi : tidak
- ✓ Nyeri saat BAB : tidak nyeri
- BAK
- ✓ Frekuensi : 5-6 kali sehari
- ✓ Retensi : tidak
- ✓ Nyeri saat BAK : nyeri
- c. Aktivitas
- Mulai ambulasi jam : .....
- Senam nifas : .....
- d. Personal Hygiene
- Frekuensi mandi : dua kali sehari
- Frekuensi gosok gigi : dua kali sehari
- Frekuensi ganti pakaian : dua kali sehari sebelum mandi

> Apakah Pasien yakin terhadap agama yang diikutinya  
Pasien yakin dengan agama yang diikutinya

I. Data Penunjang


- > Laboratorium
- Darah
- > USG

IV. TERAPI

V. DATA TAMBAHAN

Kupang

Mahasiswa

  
Jasp. A. Trugha



## **SATUAN ACARA PENYULUHAN**

Topik	: Teknik Menyusui
Sasaran	: Ibu Menyusui
Penyuluh	: Yusti Marliyani Lenggu
Hari/Tanggal	: Rabu, 29 Mei 2019
Waktu	: 35 Menit
Tempat	: Puskesmas Bakunase Kupang

---

### **I. TUJUAN**

#### **a. Tujuan Intruksional Umum (TIU)**

Setelah mengikuti proses penyuluhan keluarga diharapkan dapat mengetahui dan memahami tentang teknik menyusui baik dan benar.

#### **b. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)**

Setelah dilakukan penyuluhan peserta dapat mengetahui tentang:

1. Pengertian teknik menyusui yang benar
2. Posisi dan perlekatan menyusui yang benar
3. Situasi-situasi khusus dalam menyusui
4. Langkah-langkah menyusui yang benar
5. Tanda bahwa bayi menyusui dengan benar

### **II. Materi**

1. Pengertian teknik menyusui yang benar
2. Posisi dan perlekatan menyusui yang benar
3. Situasi-situasi khusus dalam menyusui
4. Langkah-langkah menyusui yang benar
5. Tanda bahwa bayi menyusui dengan benar

### **III. Metode**

- a. Ceramah
- b. Diskusi

### **IV. Media penyuluhan :**

- a. Leaflet

## V. Setting Tempat



Keterangan :



: penguji 1



: penguji 2



: Penyuluh



: Media



: pasien



: keluarga

## VI. Pengorganisasian

Penguji I : Ibu Agustina Ina, S.kep., M.Kes.

Penguji II : Ibu Ina Debora Ratu Ludji, S.Kp., M.Kes.

Penyuluh/Pemateri : Yusti Marliyani Lunggu

## VII. Kegiatan Penyuluhan

NO	TAHAP	KEGIATAN PENYULUHAN	KEGIATAN PESERTA
1.	Pembukaan (5 menit)	1. Memberikan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan	1. Menjawab salam 2. Memperhatik

		penyuluhan dan media yang digunakan 4. Kontrak waktu	an 3. Memperhatik an dan mendengar 4. Memperhatik an dan menjawab
2	Pelaksanaan (20 menit)	1. Menjelaskan materi dan mendemonstrasikan 2. Memberikan kesempatan kepada sasaran untuk menanyakan hal-hal yang belum jelas. 3. Menjelaskan pertanyaan sasaran 4. Memberikan pertanyaan kepada peserta.	1. Memperhatia kan dan mendengark an 2. Bertanya 3. Memperhatik an dan mendengar 4. Menjawab pertanyaan
3	Penutup (10 menit)	1. Menyimpulkan pertanyaa yang telah disampaikan 2. Memberi salam dan terimakasih.	1. Memperhatik an penjelasan 2. Menjawab salam.

### VIII. Kriteria Evaluasi

#### 1. Evaluasi struktur

1. Peserta hadir ditempat penyuluhan
2. Penyelenggaraan penyuluhan dilaksanakan di tempat yang telah ditentukan.
3. Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelumnya

#### 2. Evaluasi Proses

1. Sasaran antusias terhadap materi penyuluhan.
2. Sasaran konsentrasi mendengarkan penyuluhan.
3. Sasaran dapat mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar (jelaskan apa pertanyaan dan jawabannya)

3. Evaluasi Hasil

1. Sasaran mampu menjelaskan pengertian teknik menyusui yang benar
2. Sasaran mampu menjelaskan posisi dan perlekatan menyusui yang benar
3. Sasaran mampu mengetahui situasi-situasi khusus dalam menyusui
4. Sasaran mampu menyebutkan langkah-langkah menyusui dengan benar
5. Sasaran mampu menyebutkan tanda bahwa bayi menyusui dengan benar

4. Pertanyaan untuk sasaran

1. Jelaskan pengertian teknik menyusui
2. Sebutkan posisi dan perlekatan menyusui yang benar
3. Sebutkan situasi-situasi khusus dalam menyusui
4. Sebutkan langkah-langkah menyusui dengan benar
5. Sebutkan tanda bahwa bayi menyusui dengan benar

## LAMPIRAN MATERI

### 1. Pengertian tehknik menyusui yang benar

Teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar (Saminem, 2009).

Teknik menyusui yang benar adalah kegiatan yang menyenangkan bagi ibu sekaligus memberikan manfaat yang tidak terhingga pada anak dengan cara yang benar (Yuliarti, 2010).

Tujuan menyusui yang benar adalah untuk merangsang produksi susu dan memperkuat refleks menghisap bayi.

Jadi, teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan posisi ibu yang benar, sehingga memudahkan bayi untuk menyusui.

### 2. Posisi dan perlekatan menyusui yang benar

Terdapat berbagai macam cara menyusui. Cara menyusui yang tergolong biasa dilakukan adalah dengan duduk, berdiri, dan rebahan.



**Posisi duduk**

**Posisi Berdiri**

**Posisi  
Berbaring**

Posisi menyusui sendiri terbagi dalam 4 jenis, yaitu :



#### a) Cradle Hold.

Posisi yang paling umum adalah menggunakan cradle hold. Hal ini bila ibu duduk dengan bayi dalam putaran dan kepala bayi adalah beristirahat di lengan, membengkok kearah ibu (ibu menekuk siku) padasisi yang sama ibu menyusui. Dada bayi harus melawan dad

ibu sehingga bayi tidak harus memutar kepalanya untuk meraih puting susu. Pastikan lengan dari kursi sebelah kanan yang tinggi untuk mendukung lengan. Gunakan bantal untuk mendukung punggung, lengan anda dan kepala bayi.

b) Cross-cradle Hold

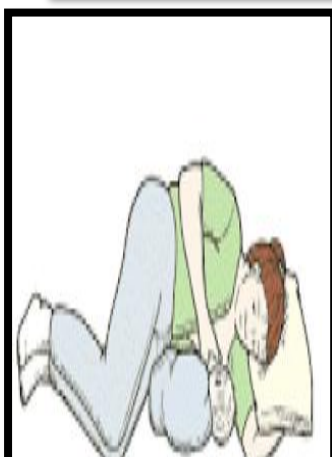


Cross-cradle hold mirip dengan cradle kecuali bayi didukung pada lengan dan tangan yang berlawanan payudara yang ibu gunakan. Kepala bayi terletak antara ibu jari dan jari telunjuk dan kembali berada di tangan ibu, hal ini merupakan posisi yang baik ketika bayi pertama kali belajar untuk menyusui karena akan memberikan kontrol kepada bayi sewaktu membantu bayi mengambil payudara dalam mulutnya. Ini adalah posisi yang baik untuk bayi karena mengalami kesulitan untuk belajar melepas puting dengan benar.

c) Football Hold



Memegang kepala bayi seperti memegang bola di tangan, dengan tubuh bayi pada lengan, kaki kembali ke arah ibu dan wajah ke arah payudara. Gunakan tangan yang lain untuk mendukung payudara. football hold membantu jika ibu memiliki dada atau puting yang masuk kedalam payudara. posisi football hold merupakan posisi yang terbaik jika memiliki luka cesarean bekas dan tidak dapat meletakkan bayi di perut. Jika sering tidak terpasang kutang, football hold dapat membantuk bayi jika ASI tumpah di bagian bawah payudara. Hal ini juga posisi yang baik untuk perawatan bayi kembar.



d) Lying Down

Posisi ini sangat tepat untuk menyusui pada waktu malam, karena pada posisi ini ibu berbaring di samping bayi, ibu langsung menghadap bayi dengan kepala bayi di dekat payudara dan mulut bayi berkerut dengan puting ibu. Beberapa bantal dapat diletakkan di belakang ibu untuk mendukung lengan. Pastikan bahwa bayi dapat bernapas melalui hidung. Posisi ini adalah posisi untuk beristirahat ibu karena ibu dapat mengubah posisi, bayi dapat menyusu dari kedua payudara sambil berbaring di salah satu sisinya. Ini juga merupakan posisi yang baik jika ibu memiliki cesarean section dan tidak dapat meletakkan bayi di perut. Setelah menyusu, jangan lupa untuk menempatkan bayi untuk tidur kembali. Pastikan permukaan tidur yang nyaman, selimut longgar, dan situasi dimana bayi tidak dapat jatuh, terlalu dekat dengan alat pemanas, atau mendapatkan terperangkap antara tempat tidur dan dinding, headboard, atau furniture. Sangat penting untuk memalangi bayi dengan benar pada payudara. Jika bayi tidak menyusu pada payudara dengan benar, akan membuat puting lecet dan bayi tidak akan mendapatkan banyak susu.

### **3. Situasi-situasi khusus dalam menyusui**

1. Setelah perawatan cesaria
  - a. *Lying down*, posisi yang lebih nyaman untuk menyusui setelah operasi cesaria. Perawat rumah sakit akan membantu merubah dari sisi ke sisi.
  - b. Jika dalam posisi duduk, taruh bantal pada putarannya untuk melindungi pengirisan
  - c. *Football hold*, dapat digunakan, karena bayi terus menekan dari pada pengirisan

## 2. Keperawatan bayi premature

- a. *Football hold* dan *cross-cradle hold* merupakan posisi yang terbaik untuk bayi premature
- b. Mendukung kepala bayi dan leher di *cross-cradle hold* atau *football hold* dengan tubuh didukung. Gunakan tanganyang lain untuk mendukung payudara dan “sandwich” payudara antara ibu jari dan jari. Berikan sentuhan ringan pada bibir bayi bagian atas dengan putting susu. Ketika bayi membuka mulutnya lebar, bawa bayi ke payudara.
- c. Jika bayi lemah akibat perawatan, ibu dapat meningkatkan aliran susu oleh tindihan payudara antara ibu jari dan jari, sehingga ibu tidak perlu memeras payudara terus menerus, hanya pemerasan, lepaskan pemerasan dan lepaskan kembali lagi. Bayi dapat mulai isapan lagi ketika ibu memberikan tambahan susu.

## 3. Perawatan bayi kembar

- Menggunakan *football hold* dengan bantal di bawah lengan masing-masing untuk mendukung bayi. Menggunakan bantal membantu membebaskan tangan
- Ibu dapat menggunakan *cradle* dan *cross-cradle hold* pada kaki yang tumpang tindih
- Ibu dapat menggabungkan *cradle* untuk satu bayi dan *football hold* untuk bayi yang lainnya
- Bergantian menyusui antara bayi yang satu dengan yang lainnya secara terpisah dan perawatan bayi pada saat yang sama
- Jangan membiarkan menyusui hanya dalam satu payudara. Pastikan setiap bayi menghisap dari masing-masing payudara. Hal ini akan membantu menjaga pasokan susu yang bagus di kedua payudara
- Dapat mengetahui bayi yang lebih lapardan memberikan susu yang lebih

## 4. Langkah-langkah menyusui yang benar

- a. Cuci tangan yang bersih dengan sabun



- b. Perah sedikit ASI dan oleskan disekitar puting
- c. Duduk dan berbaring dengan santai
- d. Segera dekatkan bayi kepayudara sedemikian rupa sehingga bibir bawah bayi terletak dibawah puting susu. Cara meletakkan mulut bayi dengan benar yaitu dagu menempel pada payudara ibu, mulut bayi terbuka lebar dan bibir bayi membuka lebar.
- e. Bayi disusui secara bergantian dari payudara sebelah kiri lalu kesebelah kanan sampai bayi merasa kenyang.
- f. Setelah selesai menyusui, mulut bayi dan kedua pipi bayi dibersihkan dengan lap bersih yang telah direndam dengan air hangat.
- g. Bila kedua payudara masih ada sisa ASI tahan puting susu dengan kain supaya ASI berhenti keluar.

**5. Tanda bahwa bayi menyusui dengan benar**

- 1. Bayi akan terlihat puas setelah menyusui
- 2. Bayi tampak tenang
- 3. Dagunya menempel pada payudara ibu
- 4. Kepala dan badan lurus
- 5. Pipi terkena pada payudara
- 6. Sebagian besar puting masuk dalam mulut bayi
- 7. Payudara tidak nyeri

## **DAFTAR PUSTAKA**

Rahmawati. I. N. Pendidikan Ibu Berhubungan dengan Teknik Menyusui pada Ibu Menyusui yang Memiliki Bayi Usia 0-12 bulan. Indonesian journal of nursing and midwifery (2017). 11-19.

Rinata E., Rusdiyanti T., Sari A. P. Teknik menyusui posisi, perlekatan dan keefektifan menghisap - studi pada ibu menyusui di rsud sidoarjo. Jurnal ilmiah penelitian dan pengabdian masyarakat. (2016). 129-139.